



# SOLICITUD | PARTE B

Parte B se presenta para completar el proceso de solicitud.



## SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL APLICANTE

El solicitante es el adulto responsable de mantener el hogar y brindar atención al residente(s).

a. Nombre Legal Completo:		b. Fecha de Nacimiento:	
c. Fecha que atendió la Orientación del Nuevo Proveedor:		d. Fecha cuando completo el Curso de Medicamentos:	
e. Vencimiento del Certificado de Primeros Auxilios:		f. Vencimiento del Certificado de RCP para adultos:	
g. Indique cualquier entrenamiento especial, educación, licenciatura, certificación o experiencia relacionada con el cuidado, si alguno: _____			
h. Fecha de verificación de antecedentes penales completado por el Departamento de Salud y Bienestar:			
i. ¿Que idiomas habla?			
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Vietnamis	
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Serbocroata	<input type="checkbox"/> Nepalí	
<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Tagalo	
<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Cantonés o Mandarín	<input type="checkbox"/> Lenguaje de Signos Americano	
<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otros idiomas Nativos de Norteamérica	
<input type="checkbox"/> Rumano	<input type="checkbox"/> Otro – <i>por favor describa:</i>		
j. ¿Necesita un intérprete de inglés? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Si lo necesita, por favor proporcione nombre del intérprete _____	
		Numero de Teléfono: (____) _____	
k. ¿Tiene la intención de trabajar fuera de casa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo, por favor proporcione:		<u>DIAS</u>	<u>HORARIO</u>
Nombre de empleador: _____		Domingo	_____
Numero de trabajo: (____) _____		Lunes	_____
Dirección de trabajo: _____		Martes	_____
		Miércoles	_____
		Jueves	_____
		Viernes	_____
		Sábado	_____

**SECCIÓN 2: CUIDADO SUSTITUTO:** Los cuidadores sustitutos son adultos que brindan atención y cuidado a los residentes en ausencia del solicitante. La supervisión incidental puede ser proporcionada por otros adultos sin los requisitos de cuidadores sustitutos, pero la supervisión incidental está limitada a cuatro (4) horas por semana y no incluye la atención o cuidado a los residentes. Incluya a los cuidadores sustitutos a continuación.

1a. Nombre Legal Completo:		1b. Fecha de Nacimiento:	
1c. Vencimiento de Primeros Auxilios:		1d. Vencimiento de RCP para adultos:	
1e. Fecha cuando completo el Curso de Medicamentos:		1f. Fecha cuando el Departamento de Salud y Bienestar tomaron huellas digitales:	
2a. Nombre Legal Completo:		2b. Fecha de Nacimiento:	
2c. Vencimiento de Primeros Auxilios:		2d. Vencimiento de RCP para adultos:	
2e. Fecha cuando completo el Curso de Medicamentos:		2f. Fecha cuando el Departamento de Salud y Bienestar tomaron huellas digitales:	

Continúe en una hoja aparte si hay otros cuidadores sustitutos.

**SECCIÓN 3: SERVICIOS**

*El solicitante ofrece los siguientes servicios en el hogar (marque todos los que correspondan)*

<p>a. Cuidado a residentes con las siguientes condiciones/diagnósticos:</p> <p><input type="checkbox"/> Alzheimer u Otra Demencia</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad de Desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Edad Mayor</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad Mental</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad Física</p> <p><input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática</p>	<p>b. Alojamiento para los siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> Residentes no relacionados</p> <p><input type="checkbox"/> Colocaciones de Emergencia</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado Alternativo</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado de Adultos por Hora</p> <p><input type="checkbox"/> Residentes con mascotas</p> <p><input type="checkbox"/> Residentes que fuman</p> <p><input type="checkbox"/> Otros – <i>Por Favor describa:</i></p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Solo Residentes Femeninas</p> <p><input type="checkbox"/> Solo Residentes Masculinos</p> <p><input type="checkbox"/> Residentes que son Sordos</p> <p><input type="checkbox"/> Residentes que son Ciegos</p> <p><input type="checkbox"/> Residentes que no son ambulatorios</p> <p><input type="checkbox"/> Residentes que no hablan Inglés</p> <p>Idioma: _____</p>
--	---	--

**SECCIÓN 4: OTROS MIEMBROS DE SU CASA** *Indique todos los miembros de su casa, excepto el solicitante. Cualquier otro miembro adulto del hogar, excepto el residente, es decir, el adulto que necesite atención y cuidado, deben completar un formulario de auto-declaración, deben tener sus huellas digitales y no deben tener ningún delito mencionado en IDAPA 16.05.06 " Antecedentes penales y verificaciones de antecedentes".*

1a. Nombre Legal Completo:		1b. Fecha de Nacimiento:
1c. Género: Masculino <input type="checkbox"/> o Femenino <input type="checkbox"/>	1d. Relación hacia el solicitante:	
1e. Fecha cuando el Departamento de Salud y Bienestar tomaron huellas digitales (si no es residente o menor):		
2a. Nombre Legal Completo:		2b. Fecha de Nacimiento:
2c. Género: Masculino <input type="checkbox"/> o Femenino <input type="checkbox"/>	2d. Relación hacia el solicitante:	
2e. Fecha cuando el Departamento de Salud y Bienestar tomaron huellas digitales (si no es residente o menor):		
3a. Nombre Legal Completo:		3b. Fecha de Nacimiento:
3c. Género: Masculino <input type="checkbox"/> o Femenino <input type="checkbox"/>	3d. Relación hacia el solicitante:	
3e. Fecha cuando el Departamento de Salud y Bienestar tomaron huellas digitales (si no es residente o menor):		
4a. Nombre Legal Completo:		4b. Fecha de Nacimiento:
4c. Género: Masculino <input type="checkbox"/> o Femenino <input type="checkbox"/>	4d. Relación hacia el solicitante:	
4e. Fecha cuando el Departamento de Salud y Bienestar tomaron huellas digitales (si no es residente o menor):		
5a. Nombre Legal Completo:		5b. Fecha de Nacimiento:
5c. Género: Masculino <input type="checkbox"/> o Femenino <input type="checkbox"/>	5d. Relación hacia el solicitante:	
5e. Fecha cuando el Departamento de Salud y Bienestar tomaron huellas digitales (si no es residente o menor):		
6a. Nombre Legal Completo:		6b. Fecha de Nacimiento:
6c. Género: Masculino <input type="checkbox"/> o Femenino <input type="checkbox"/>	6d. Relación hacia el solicitante:	
6e. Fecha cuando el Departamento de Salud y Bienestar tomaron huellas digitales (si no es residente o menor):		
7a. Nombre Legal Completo:		7b. Fecha de Nacimiento:
7c. Género: Masculino <input type="checkbox"/> o Femenino <input type="checkbox"/>	7d. Relación hacia el solicitante:	
7e. Fecha cuando el Departamento de Salud y Bienestar tomaron huellas digitales (si no es residente o menor):		

*Continúe en una hoja aparte si has miembros adicionales del hogar.*

**SECCIÓN 5: PROPIEDAD DE LA VIVIENDA** Esta sección se refiere a la casa especificada en la Solicitud Parte A, Sección 2, que debe haberse enviado previamente. El solicitante debe responder "Si" a cada pregunta en esta sección en la solicitud para ser considerado completa. **¿Tiene el solicitante evidencia disponible de lo siguiente?**

a. El contrato de arrendamiento o la escritura de la propiedad está bajo el nombre del solicitante o el cónyuge del solicitante:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b. Tiene póliza de seguro del propietario o inquilino actual:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**SECCIÓN 6: SERVICIOS PÚBLICOS** Esta sección se refiere a la casa especificada en la Solicitud Parte A, Sección 2, que debe haberse enviado previamente. El solicitante debe responder "Si" a cada pregunta en esta sección en la solicitud para ser considerado completa. **¿Tiene el solicitante evidencia disponible de lo siguiente?**

a. Factura de agua de la ciudad, o, si utiliza una fuente de agua no municipal (por ejemplo, un pozo privado) en el hogar, una declaración de la agencia local de salud ambiental donde el suministro de agua cumple con las normas legales o, si la agencia local de salud ambiental no puede proporcionar esta información, necesita una declaración la agencia local de salud ambiental:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b. Factura de alcantarillado público, o, si usa un sistema de eliminación de aguas residuales no municipales (por ejemplo, un tanque séptico), una declaración de la agencia local de salud ambiental de que el alcantarillado publico cumple con las normas legales o, si la agencia local de salud ambiental no puede proporcionar esta información, necesita una declaración la agencia local de salud:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c. Servicio telefónico confiable:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**SECCIÓN 7: AGUA O ALCANTARILLADO NO MUNICIPAL** Esta sección se refiere a la casa especificada en la Solicitud Parte A, Sección 2, que debe haberse enviado previamente. El solicitante debe responder "Si" a cada pregunta en esta sección en la solicitud para ser considerado completa. **¿Tiene el solicitante evidencia disponible de lo siguiente?**

a. Si utiliza una fuente de agua no municipal (por ejemplo, un pozo privado) en el hogar, un informe reciente (menos de un año) de un laboratorio acreditado que muestra ausencia de contaminación bacteriana:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b. Si usa un tanque séptico, prueba de que el tanque ha sido bombeado recientemente (menos de un año) o declaración de una agencia autorizada para limpiar tanques sépticos que no era necesario bombear:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**SECCIÓN 8: PREPARACIÓN PARA EMERGENCIAS** Esta sección se refiere a la casa especificada en la Solicitud Parte A, Sección 2, que debe haberse enviado previamente. El solicitante debe responder "Si" a cada pregunta en esta sección en la solicitud para ser considerado completa. **¿Tiene el solicitante evidencia disponible de lo siguiente?**

a. Comprobante que su casa está ubicada dentro de un distrito de bomberos legalmente construido (por ejemplo, una carta escrita por los bomberos):	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b. Un dibujo de un plan de evacuación en caso de incendio en el hogar con al menos 2 rutas de escape de cada habitación, una exterior. Área de reunión después de la evacuación, y la persona responsable de transmitir información a los bomberos:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c. Plan de emergencia por escrito que aborda confinamiento en el hogar (por ejemplo, órdenes de refugio) y por al menos tener suficiente comida, agua, y medicamentos para 72 horas:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
d. Un plan de emergencia por escrito que aborde las órdenes de evacuación de la casa (por ejemplo, debido a un incendio forestal) incluyendo planes preestablecidos de refugio dentro de su comunidad local y fuera de su comunidad local, y considerar los suministros necesarios para mantenerse en un estado de preparación:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
e. Un procedimiento escrito para cualquier situación en la que el solicitante quede incapacitado:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
f. Luz para el uso de teléfono en caso de una interrupción eléctrica extendida (la mayoría de las líneas fijas aún funcionarán) durante una interrupción de luz, VOIP y los teléfonos celulares necesitarán energía de respaldo de algún tipo, como un generador o banco de energía portable):	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**SECCIÓN 9: SEGURIDAD DE VIDA Y CONTRA INCENDIOS** Esta sección se refiere a la casa especificada en la Solicitud Parte A, Sección 2, que debe haberse enviado previamente. El solicitante debe responder "Sí" a cada pregunta en esta sección en la solicitud para ser considerado completa. **¿Tiene el solicitante evidencia disponible de lo siguiente?**

a. Alarmas de humo instaladas en cada dormitorio y en cada pasillo, en cada nivel:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b. Alarmas de monóxido de carbono en cada nivel de la casa si la casa está equipada con gas u otros aparatos o dispositivos que queman combustibles, o tiene un garaje adjunto:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c. Inspección reciente (menos de un año) de todos los dispositivos de calefacción que funcionan con combustible (por ejemplo, estufas de pellets o de madera, hornos de gas o chimeneas, etc.) por personas en el negocio de mantenimiento de dichos sistemas, indicando que el sistema está en buen estado de funcionamiento (si la calefacción en la casa es proporcionada completamente por un sistema eléctrico, por favor asegúrese que el inspector indique en la inspección eléctrica).	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
d. Una inspección eléctrica reciente (menos de un año) realizada por un electricista con licencia o el inspector local/estatal para que indique que la casa cumple con el código local:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
e. Recibo de compras o informe de inspección reciente (menos de un año) de extinguidor de incendio potable que sea de 5 lb. multipropósito 2A: 10B: C; uno para cada nivel de la casa:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
f. Si están presentes armas de fuego en el hogar, se mantienen bajo llave:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

#### SECCIÓN 10: VERIFICACIÓN DE APLICACIÓN

a. Mi firma a continuación significa que he leído la Ley de Procedimientos Administrativos de Idaho (IDAPA) 16, Título 03, Capítulo 19, "Reglas que rigen los hogares familiares certificados", y estoy preparado para cumplir con todas las disposiciones de este capítulo.	
b. Mi firma a continuación significa que estoy de acuerdo en que mi hogar, los residentes que viven en mi hogar y todos los registros pertenecientes a los residentes y la operación de mi hogar serán accesibles al Departamento en todo momento para los fines de inspección, sin previo aviso.	
c. Mi firma a continuación significa que por este medio doy mi consentimiento para la divulgación de información que puede afectar mi elegibilidad de ser proveedor de hogar familiar certificado al Departamento por parte de cualquier agencia o individuo.	
d. Mi firma significa aquí comprueba que la información proporcionada anteriormente es correcta.	
e. Firma del Aplicante:	f. Fecha: